

Contribution à l'étude de la ponction dans le traitement des arthrites aiguës suppurées

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le 9 mars 1935

PAR

Moïsei ZILBER

Né à Briceni (Roumanie) le 10 décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. ETIENNE, professeur, *président*.
RICHE, professeur.
AIMES, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
RUE JARDIN-MARTEL

1935

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PONCTION
DANS LE TRAITEMENT DES ARTHRITES AIGUES
SUPPUREES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude de la ponction dans le traitement des arthrites aiguës suppurées

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le 9 mars 1935

PAR

Moïsei ZILBER

Né à Briceni (Roumanie) le 10 décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. ETIENNE, professeur, *président*.
RICHE, professeur.
AIMES, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
RUE JARDIN-MARTEL

1935

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

	M.
Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur.
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, VALLOIS

FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

	MM
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN ag. libre
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

	MM.	MM.	
	BOULET	Chirurgie....	AIMES
	PAGES		-MOLINES
	JANBON	Obstétrique..	GUIBAL
	BAUMEL	Bactériologie.	ROUX
	VIDAL		COLL DE CARRERA
Médecine			CARRERE

Examineurs de la thèse

MM. ETIENNE, professeur, *prés*

RICHE, professeur.

MM. AIMES, agrégé.

MOURGUE-MOLINES, agr.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni imputation.



A LA SAINTE MEMOIRE DE MON PERE

CHIRURGIEN-DENTISTE

A MA MERE

C'est à toi que je dois tout. Accepte la première dédicace de ce modeste travail en témoignage de ma profonde affection et de mon éternelle reconnaissance pour les sacrifices que tu t'es imposés pour moi.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

que je confonds dans la même affection.

A MA FEMME

en témoignage de mon adoration.

A MA TANTE ET A MON ONCLE NISSEMBOIM
AVEC LEUR FAMILLE

heureux de pouvoir exprimer ici ma reconnaissance et ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

M. Z.



A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*qui m'a suggéré l'idée de cette thèse et
a bien voulu en accepter la présidence:
Hommage respectueux et reconnaissant.*

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

M. Z.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PONCTION DANS LE TRAITEMENT DES ARTHRITES AIGUES SUPPUREES

INTRODUCTION

Le traitement des arthrites suppurées constitue une question à l'ordre du jour. Ceci nous dispensera d'entreprendre une revue générale de toute la question et nous permettra dès l'abord de délimiter d'une manière précise le but de notre travail:

Nous n'envisagerons pas le traitement des arthrites gonococciques, trop particulières à tous les égards pour pouvoir être ici rapprochées avec fruit des arthrites à pyogènes.

Nous éliminerons également les arthrites consécutives aux larges délabrements traumatiques articulaires, plaies de guerre ou de la pratique civile: plaies ostéo-articulaires qui réclament un traitement d'urgence trop différent de celui des arthrites.

Le récent rapport de HUET et de FOURMESTRAUX au XLIII^e Congrès français de Chirurgie consacré au traitement chirurgical des arthrites aiguës du genou, ainsi délimitées, constitue d'autre part une revue générale trop récente et trop compétente pour que nous puissions entreprendre à notre tour sans outrecuidance une nouvelle étude d'ensemble des divers procédés thérapeutiques susceptibles d'être opposées à ces lésions.

Mais il nous semble que ce rapport ouvre justement la voie à des études plus limitées, consacrées aux différentes techniques, pour préciser avec plus de rigueur les indications générales et particulières de chacune de celles-ci, leurs avantages et leurs inconvénients possibles.

Pour atteindre ce but, il faut verser au débat des observations nouvelles, bien étudiées et sériees suivant le plan proposé par les rapporteurs.

Monsieur le Professeur ETIENNE a eu la bienveillance de nous confier deux observations qui répondent à ces conditions pour leur consacrer notre thèse inaugurale, nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression renouvelée de notre respectueuse reconnaissance.

Ces observations concernent deux arthrites aiguës traitées par la ponction. Ce procédé thérapeutique employé autrefois dans le traitement des arthrites, puisqu'on en retrouve des observations dans les travaux de LISFRANC et de MARJOLIN, constituait cependant un procédé d'exception malgré de beaux succès comme celui de MAUCLAIRE: « Jusqu'à la guerre 1914-18 le traitement de l'arthrite suppurée détermina comme corollaire immédiat l'arthrotomie plus ou moins élargie » (HUET et de FOURMESTRAUX).

A la suite de la communication de WIART et MIRAILLÉ à la Société Nationale de Chirurgie, GRÉGOIRE apporta une importante contribution de onze cas d'arthrite aiguë suppurée traités par des ponctions.

Mais malgré cette belle série, GRÉGOIRE lui-même s'exprime ainsi: « C'est une méthode d'exception, dangereuse à répandre. »

Moins sévères, les rapporteurs qui ont pris connaissance de 14 cas ainsi heureusement traités pensent « qu'il s'agit là d'une méthode thérapeutique dont il ne faudrait pas généraliser l'indication et qu'on ne devra jamais employer

que sous le contrôle rigoureux de la clinique et de la bactériologie... ».

Ces scrupules, encore qu'on en puisse peut-être dire autant de toutes les méthodes thérapeutiques, montrent surtout que les auteurs craignent de voir retarder une opération chirurgicale plus complexe dont l'urgence immédiate s'impose.

Nous nous proposons, après avoir exposé dans notre chapitre premier, les observations qui nous ont été confiées et en avoir fait une étude critique qui constitue notre deuxième chapitre, d'étudier enfin les indications de la ponction dans le traitement des arthrites aiguës pour voir si tous les chirurgiens armés du simple bon sens clinique ne doivent pas posséder cette arme thérapeutique si simple et lui faire plus souvent appel d'une part; et, d'autre part, de préciser les contre-indications formelles ou secondairement apparues.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à la bienveillance de M. le Professeur ETIENNE)

Arthrite aiguë de la hanche à staphylocoque blanc, traitée par ponction. Guérison complète sans séquelles (1).

Le jeune Jacques F. A..., âgé de 11 ans, entre dans le service de M. le Professeur ETIENNE, le 28 janvier 1933, avec le diagnostic d'arthrite aiguë de la hanche gauche.

Il est malade depuis une semaine environ. Il a commencé à souffrir du genou avec légère impotence fonctionnelle. Progressivement la douleur a augmenté d'intensité et le 23 janvier la température atteignait 40 degrés, depuis elle oscille autour de 38 degrés.

Actuellement la douleur est nettement localisée à la hanche gauche.

La famille rattache ces douleurs à une chute sur les genoux.

(1) ETIENNE, LAPEYRIE, CABANAC, Société des Sc. Méd. et biol. de Montpellier, 9 mars 1934.

A son entrée dans le service, l'enfant souffre beaucoup et tout mouvement spontané ou provoqué du membre inférieur gauche est impossible. Il est en légère abduction et rotation externe. On constate de la tuméfaction dans la région du triangle de Scarpa, moins déprimé du côté gauche que du côté droit.

Seule la racine de la cuisse est douloureuse à la palpation, surtout dans les zones correspondant à l'articulation coxo-fémorale.

Examen radiologique: Le cliché radiographique montre « un léger flou semblant correspondre à de l'arthrite ». On ne voit aucune lésion osseuse.

Antécédents: A l'âge de huit mois, l'enfant a eu la fièvre typhoïde, une otite à l'âge de 4 ans. Nouvelle otite il y a six mois, accompagnée de menace de méningite.

Le petit malade n'a jamais eu d'atteinte rhumatismale.

Son cœur est cliniquement normal.

Parents, frères et sœurs sont en bonne santé.

En présence de ces symptômes d'arthrite aiguë coxo-fémorale, on pratique tout d'abord une ponction de l'articulation qui permet de retirer du liquide louche. On injecte alors deux centimètres cubes de syncaïne à un pour cent, par l'aiguille laissée en place. Après cette injection on peut faire effectuer quelques mouvements sans douleur.

On installe une extension continue à la Tillaux et l'on institue un traitement d'épreuve au salicylate de soude en attendant la réponse du laboratoire chargé d'examiner le liquide retiré par ponction.

Le lendemain on note une nette sédation de la douleur, on peut déterminer des mouvements de flexion et d'abduction légère. Cependant au toucher rectal, le fond de la cavité cotyloïde est douloureux.

A l'auscultation on perçoit de l'embryocardie, le premier bruit est un peu prolongé.

Mais le laboratoire répond que le liquide examiné contient à l'état pur du staphylocoque blanc, nettement individualisé par culture. On interrompt donc le traitement salycilé.

On donne dix gouttes de solubaïne matin et soir.

Une défervescence se dessine: la température est de 37° 7 le matin, 38° 7 le soir.

Le 1^{er} février les douleurs spontanées ont disparu, la tuméfaction périarticulaire persiste et la fièvre se maintient. On injecte du propidon.

Violente réaction au vaccin. Le soir la température est de 39°5 et oscille pendant cinq jours entre 38 et 39°. La langue est sèche et sale. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

La tuméfaction articulaire et la douleur provoquée persistent. Mais les douleurs spontanées ont disparu.

Nouvelle ponction le 6 février 1933; elle ramène du pus franc, bien lié. Par l'aiguille restée en place on insensibilise d'abord l'article avec deux centimètres cubes de syncaïne à un pour cent. Puis un centimètre cube d'*éther iodoformé*.

Le soir la température atteint encore 39°5. Mais à partir de ce jour, en 48 heures, la température descend à 37°4 le matin et le soir, et, le 3^e jour, elle est à 37° pour ne plus s'élever, variant de 2 dixièmes au-dessus ou au-dessous de 37.

L'analyse du pus de la dernière ponction donne toujours des staphylocoques blancs.

L'état général du malade est considérablement amélioré: le 13 février 1933, la température est, matin et soir, à 37°. Le gonflement articulaire a beaucoup diminué. Les parties molles ont repris leur souplesse et la palpation n'est presque plus douloureuse.

Le 21 février 1933, on autorise les premiers essais de marche. Le 24 février cependant, une nouvelle radiographie montre toujours du flou articulaire et quelques irrégularités du toit du cotyle.

Le 3 mars, l'enfant est repris par sa famille, guéri semble-t-il.

Cette guérison se serait maintenue pendant deux mois. Mais le 25 avril au réveil, l'enfant souffre du genou gauche; il a une température de $37^{\circ}4$ et le soir de $38^{\circ}1$. L'impotence fonctionnelle persiste, ainsi que la fièvre dans la journée du 26, et l'enfant est *hospitalisé à nouveau* le 27 avril 1933.

Dès son arrivée, la hanche redevenue sensible est ponctionnée; mais la ponction reste blanche.

On installe une extension continue au sparadrap sur les deux membres inférieurs.

Dans les jours suivants l'enfant reste fébrile et se plaint de plus en plus, les nuits sont marquées par de l'agitation, surtout depuis le 29 au soir. La hanche paraît empâtée.

Nouvelle ponction de l'articulation. Elle ramène 45 cm^3 de pus franc, dans lequel le laboratoire ne tarde pas à identifier à nouveau du staphylocoque blanc.

Toujours suivant la même technique on injecte dans l'articule 2 cm^3 de syncaïne et, quelques minutes après, 2 cm^3 d'éther iodoformé.

Ces injections sont assez bien supportées. A noter seulement une vive douleur au genou au moment de l'injection d'éther iodoformé.

Une radiographie montre irrégularités de la cavité cotyloïde.

Après cette dernière ponction, la température s'élève le soir à $39^{\circ}2$, puis redescend très régulièrement sans oscillations pour se stabiliser à 37° le sixième jour.

L'amélioration clinique marche de pair avec la chute de la température.

Malgré ce, on fait tous les deux jours une injection *d'auto-vaccin*, préparé avec le pus articulaire prélevé, lors du premier séjour à l'hôpital. L'enfant reçoit ainsi 14 injections. Il est autorisé à se lever le 1^{er} juin 1933, alors qu'il n'a pas présenté plus de 37°2 le soir pendant cinq semaines d'observation.

Le 5 octobre 1933, revu en consultation, l'enfant marche normalement depuis la sortie de l'hôpital, mais souffre un peu dans le genou quand il court. Cette douleur aurait été suffisante une fois pour l'obliger à s'allonger quelques minutes.

A l'inspection, il n'y a pas d'attitude vicieuse.

La palpation n'est pas douloureuse. Les mouvements de flexion et d'extension sont normaux. L'abduction et l'adduction sont limitées, mais s'exécutent sans douleur. La rotation (interne et externe) n'est pas douloureuse.

L'enfant peut se tenir debout sur sa jambe gauche et sauter à pieds-joints et à cloche pied sur le membre inférieur gauche. Il marche sans boiterie.

Revue depuis à plusieurs reprises, l'enfant va en classe et mène une vie normale.

OBSERVATION II

(De M. le Professeur ETIENNE, in *Bull. et Mém. de la Soc. des Sciences Médicales de Montpellier*, 24 avril 1931)

Le 15 mai 1930, au matin, on m'apporte une fillette de 10 mois qui, depuis l'avant-veille, présente une poussée inflammatoire aiguë, au niveau du genou gauche, avec atteinte de l'état général.

Le médecin traitant appelé, m'envoie la petite malade pour avis chirurgical et traitement.

L'enfant, normalement développée, appartient à une famille que je connais déjà; j'ai pratiqué sur le père une appendicectomie; et sauf une légère insuffisance hépatique constaté chez celui-ci, et disparue après l'intervention, grâce à un régime bien suivi, rien d'anormal n'est à signaler dans les antécédents pathologiques.

Six frères et sœurs sont en vie et en bonne santé.

Le genou gauche globuleux, en demi flexion, est le siège d'un épanchement, les mouvements passifs et actifs sont impossibles, l'enfant souffre et se défend.

Le tube digestif est en mauvais état: langue saburrale, diarrhée; la fièvre est élevée: 39 degrés. L'état général laisse à désirer.

Une radiographie est pratiquée immédiatement pour connaître l'état du squelette sous-jacent. Le radiographe (Professeur LAMARQUE) me répond ceci:

« Les radiographies comparatives des genoux montrent de l'irrégularité, assez marquée des extrémités épiphysai-

res inférieure du fémur et supérieure du tibia avec élargissement de ces surfaces.

« D'autre part, on trouve une synoviale extrêmement distendue entraînant du flou articulaire.

« Les bourgeons épiphysaires ne sont pas atteints, ils ont conservé leur forme et leur teinte normales.

« Radiologiquement, il est permis de penser à une synovite. »

Le soir: température 38°5. Abstention chirurgicale. Traitement: frictions « loco dolenti » à l'onguent gris, immobilisation du genou malade; diète hydrique sucrée, calomel per os (5 milligrammes pro-die).

Le 16: température 37°5.

Le 17: température: 37°2 le matin et 37 le soir.

Apyrexie jusqu'au 22 au matin. La chute de la fièvre a marché de pair avec l'amélioration de l'état général et local.

Le 22 au soir, reprise des troubles généraux et locaux. température 39°3 (sans cause apparente).

Par ponction, je retire du genou quelques centimètres cubes de liquide louche; *l'examen direct et une culture montrent que l'agent d'infection est le streptocoque.*

Une nouvelle phase d'apyrexie totale qui va du 24 au 29, et qui coïncide à nouveau avec l'amélioration de l'état local et général, fait différer toute intervention.

Le 29 et le 30, nouvelle élévation thermique (max.: 38°5).

Apyrexie du 31 mai au 3 juin.

Légère poussée le 3 et le 4 (température 38°).

Je pratique le 5 une *nouvelle ponction* évacuatrice suivie de *l'injection d'une ampoule de Néoriodine*. Coïncidence ou relation de cause à effet, à partir du 8 juin, la fièvre disparaît pour ne plus revenir, l'état général redevient nor-

mai, tous les signes d'inflammation s'atténuent, puis disparaissent.

Aujourd'hui, 11 mois après le début des accidents, il ne reste aucune trace de l'atteinte du genou par le streptocoque.

J'ajouterai quelques brefs commentaires :

1° J'ai vainement cherché la porte d'entrée de l'infection;

2° Le diagnostic d'arthrite aiguë s'imposait, tous les signes cliniques et radiographiques étaient nets; mais seul le microscope a permis d'identifier l'agent pathogène.

3° L'évolution peut paraître anormale pour une arthrite aiguë à streptocoque.

Nous ne l'expliquerons pas.

4° Quant au traitement, il a été aussi simple que possible, car chaque fois qu'un acte chirurgical a paru nécessaire la disparition de la fièvre, l'amélioration de l'état local et de l'état général l'ont fait différer.

Les deux ponctions évacuatrices ont été suffisantes.

CHAPITRE II

ETUDE CRITIQUE

A la lumière des deux observations précédentes, nous nous proposons d'étudier, dans leurs rapports avec la méthode thérapeutique des ponctions les points suivants:

- 1° La localisation de l'arthrite;
- 2° La forme étiologique;
- 3° La forme anatomique;
- 4° Le diagnostic;
- 5° La physiopathologie;
- 6° Les thérapeutiques associées.

1° La localisation de l'arthrite

Dans treize des observations recueillies par HUET et de FOURMESTRAUX, les arthrites aiguës traitées par des ponctions étaient, comme dans notre observation II, des arthrites du genou et dans le cas d'OBERTHUR, une arthrite du coude.

Au contraire dans notre observation I, il s'agissait d'une arthrite aiguë de la hanche.

Or, au genou, au coude, articulations superficielles, facilement accessibles, le traitement par l'arthrotomie large

suivie de mobilisation « à la Willems », la synovectomie ou même la résection sont relativement simples.

A la hanche, la méthode de WILHEMS est difficilement réalisable, en tous cas la résection et même la simple arthrotomie sont des interventions techniquement plus difficiles et pratiquement plus graves du seul fait de la profondeur du foyer.

Cette simple constatation ne saurait naturellement créer une indication, et nous ne saurions recommander d'avoir de préférence recours à la ponction à la hanche, à l'arthrotomie au genou.

Mais il est intéressant de constater qu'une ponction de la hanche, infiniment simple, peut parfois permettre d'éviter une intervention de gravité non négligeable.

2° Forme étiologique

Le germe: Dès que l'on a ponctionné une arthrite aiguë, le premier soin doit être, d'après HUET et de FOURMESTRAUX, d'identifier le germe. Mais la nature du germe peut-elle créer une indication, en faveur du traitement par les ponctions ou les contre-indiquer ?

La présence du streptocoque est interprétée comme un signe extrêmement fâcheux.

Dans deux cas de la statistique de GRÉGOIRE il fallut secondairement amputer le membre atteint d'arthrite du genou; c'étaient les deux cas où on avait identifié du streptocoque.

Contrairement à cette opinion nous voyons guérir très simplement par la méthode des ponctions le malade de notre observation II.

Le staphylocoque blanc trouvé et identifié à plusieurs

réprises à l'état de pureté dans la hanche de notre premier malade quoique d'une réputation moins fâcheuse (thèses de DURAND et de MÉROVITEL) est souvent à l'origine de graves et longues suppurations. Après une guérison apparente chez ce petit malade on a vu se produire une rechute trois mois après. Cependant comme la première fois la ponction a permis d'obtenir la guérison.

On peut donc conclure que la nature du germe de l'arthrite ne crée pas une indication, ou tout au moins ne contre indique pas la ponction. Elle imposera seulement une surveillance générale et locale plus attentive, s'il s'agit de microbes réputés plus toxiques et plus virulents comme le strepto ou le staphylocoque.

L'âge du malade : L'âge du malade a dans les indications thérapeutiques d'une arthrite une importance non négligeable et d'ailleurs bien connue.

Les résections typiques sont formellement contre-indiquées chez l'enfant; HUET et de FOURMESTRAUX proposent de lui substituer, au genou, la synovectomie.

Chez les nourrissons on peut, d'une manière un peu schématique mais pourtant classique, diviser les arthrites aiguës en deux groupes: les unes très graves emportent rapidement le petit malade; les autres guérissent très facilement quoique elles puissent déterminer des séquelles locales souvent très graves du point de vue fonctionnel.

Dans cette deuxième catégorie de cas on devra sans aucun doute utiliser plus souvent les ponctions articulaires:

Puisque le pronostic vital n'est pas en cause, il y a tout intérêt à utiliser une méthode traumatisant au minimum l'appareil ostéologiquement de l'article.

Notre observation II constitue un bel exemple des succès que l'on peut ainsi obtenir.

La pathogénie de l'arthrite : Les germes infectieux attei-

gnent l'articulation par voie directe traumatique ou indirecte par propagation de voisinage ou par voie hémato-gène.

A priori on peut penser qu'une arthrite hémato-gène frappant la synoviale, seule, est susceptible de guérir plus facilement par la ponction qu'une ostéo-arthrite secondaire ou contemporaine d'une ostéomyélite, réinoculant la synoviale à mesure que les ponctions évacuent le pus.

Il en est de même dans le groupe des arthrites traumatiques: Une inoculation septique de la synoviale, une piqûre par exemple, paraît devoir guérir par des moyens plus simples que si le traumatisme infectant s'est accompagné de graves désordres anatomiques, générateurs de nécroses tissulaires étendues, contre lesquelles la ponction reste impuissante.

Ce sont des cas simples auxquels appartiennent nos deux observations. Dans le premier cas cependant la présence du staphylocoque blanc dans l'articulation de la hanche avait fait redouter une ostéomyélite aiguë; une surveillance radiologique attentive et longtemps poursuivie a fait justice de cette hypothèse; à aucun moment ne se sont montrés les stigmates d'une atteinte osseuse et l'on a pu se contenter de ponctionner pour obtenir la guérison.

Le bon sens clinique ne doit donc jamais faire défaut lorsqu'on décide d'attendre « le bistouri à la main », les effets de la ponction.

Il serait très dangereux d'étendre systématiquement les indications des ponctions, mais sous ces réserves, dans les cas appartenant aux catégories simples on pourra s'en tenir après avoir ponctionné à cette « expectation armée ».

poursuivre cette thérapeutique même si les signes locaux et généraux paraissent témoigner d'une atteinte assez sévère.

Parfois, cependant, le temps presse, d'emblée les signes locaux et généraux imposent une thérapeutique active, parfois radicale. Faut-il s'obstiner dans ces cas à ponctionner ? Faut-il perdre un temps précieux, en attendant pendant parfois plus de 24 heures la réponse du laboratoire ?

Dans ces cas où l'on se trouve en présence d'un grave phlegmon pan-articulaire on est autorisé à se contenter d'un examen direct du pus par frottis. Et s'il y a des germes abondants on fait pratiquer ainsi dans le minimum de temps l'intervention qui s'impose.

5° *Physiopathologie des ponctions*

L'action favorable de la ponction dans les arthrites est facile à déduire de la connaissance de ce qui se passe lorsque on inocule une synoviale articulaire avec un germe virulent.

Dans les premières heures se produit une exsudation d'un épanchement riche en protéines à poids moléculaire élevé, très impropre à la culture microbienne, c'est-à-dire fortement antiseptique (LERICHE et POLICARD), au point que l'épanchement parfois riche en streptocoques à l'examen direct ne cultive pas (ELLIS).

Une ponction intervenant à ce moment diminue la tension intra-articulaire et favorise l'exsudation d'une nouvelle quantité de liquide provoquant ainsi mécaniquement et biologiquement un nettoyage antiseptique de la synoviale.

Plus tard, les polynucléaires, lorsque la synoviale est

altérée, viennent à leur tour; ils désintègrent les albuminoïdes et rendent le milieu qu'ils enrichissent en peptone plus favorable à la vie microbienne, puis meurent.

Leur évacuation permet l'arrivée de leucocytes nouveaux, bien vivants, qui continuent la lutte.

Ainsi, les succès, parfois très rapides, des ponctions s'expliquent par un nettoyage mécanique et un appel de matériel antiseptique neuf.

A elle seule la ponction apparaît donc susceptible de favoriser suffisamment les processus de défense pour obtenir la guérison.

Nous allons avoir à nous souvenir de ces notions lorsque nous aurons à apprécier les effets des diverses substances que l'on a proposé d'injecter dans les articulations en même temps qu'on en évacue le pus.

6° *Les thérapeutiques associées*

Le pus évacué, on a quelquefois retiré l'aiguille ou le trocart et laissé agir la nature, mais le plus souvent on profite de la ponction pour essayer d'agir localement sur le foyer articulaire.

D'autre part on associe souvent à la ponction un traitement local et général qui ne peut être dénué d'importance et dont il importe d'essayer d'établir l'efficacité relative pour pouvoir apprécier plus justement ce que l'on doit à la ponction seule.

Injectons intra-articulaires antiseptiques: De nombreuses substances ont été essayées, métaux celloïdaux, carbone animal (Saint-Jacques), solution de Violet de Gentiane à 0,5 pour cent, 4 pour cent de Dextrose, cette substance étudiée expérimentalement par SHANDS lui aurait permis de

guérir des arthrites provoquées chez l'animal par injection intra-articulaire de staphylocoques.

Pour nous en tenir aux observations que nous rapportons, nous voyons que l'on a injecté de l'éther iodoformé chez le malade de l'observation I au cours deuxième et troisième ponctions, de la néoriodine dans le genou de la malade de l'observation II au cours de la deuxième ponction.

Après chacune de ces manœuvres on observe une nette défervescence et une amélioration locale considérable : diminution de la tuméfaction et de la douleur qui permettent des mouvements.

Mais si l'on compare chaque fois le résultat obtenu lors des ponctions itératives accompagnées d'injections d'antiseptiques avec le résultat de la première ponction pratiquée sans injection d'aucune sorte on est frappé par l'identité de l'évolution, favorable chaque fois.

On peut donc penser que l'effet favorable dû à l'injection d'antiseptiques est réduit, ce qui est important c'est la ponction évacuatrice.

Injectons spécifiques: Nous ne saurions émettre d'après nos observations une opinion quelconque sur les essais de traitements spécifiques par injection intra-articulaire de sérum anti-streptococcique de VINCENT, ou de bactériophage anti-staphylococcique, lorsque l'examen bactériologique a permis d'identifier le germe causal.

Les rapporteurs au Congrès de chirurgie, et les discussions à la Société de Chirurgie montrent que l'on possède avec ces substances des remèdes intéressants, auxquels on devra faire appel, à l'avenir, avec confiance.

Mais pour apprécier sainement l'effet de ces thérapeutiques on ne devra pas oublier que la ponction à elle seule peut donner une amélioration parfois rapide et décisive.

Nous ne pouvons donc nous associer aux conclusions de WIART et MIRAILLÉ. Après avoir injecté dans l'article du bactériophage anti-staphylococcique, ces auteurs déclarent:

« Il y a eu de toute évidence un autre facteur de guérison que la ponction et ce ne peuvent être que les injections de bactériophage ».

Or, le germe identifié se révèle un streptocoque, sur lequel *in vitro* le bactériophage injecté est totalement inactif.

Cette conclusion dépasse les faits.

Vaccinothérapie générale: Sans rouvrir un débat toujours pendant, nous soulignerons que dans notre première observation l'injection de propidon ne paraît pas avoir amené de modification nette de l'état local.

Ultérieurement des injections d'auto-vaccin ont été faites pour essayer de prévenir une nouvelle récurrence. Nous ne pouvons nous prononcer sur leur efficacité.

Immobilisation ou mobilisation: Dans les deux cas rapportés le membre atteint d'arthrite aiguë a été contrairement au dogme de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, immobilisé.

Cette immobilisation avec extension continue a eu chez notre premier malade une influence nette sur la douleur mais seulement au cours de son premier séjour, cette action heureuse ne s'est pas manifestée avec la même netteté au cours de la récurrence.

Au moins l'immobilisation en extension continue a-t-elle un double avantage certain: elle lutte contre l'attitude vicieuse, elle évite la luxation soudaine.

La mobilisation associée à la méthode des ponctions pourrait espérer conserver un libre jeu articulaire, lutter plus efficacement contre l'ankylose.

Mais, d'une part, on sait combien chez l'enfant il est difficile d'obtenir la mobilisation spontanée régulière d'une

Indications d'ordre anatomo-clinique : Divisant les arthrites aiguës en quatre groupe :

Empyème articulaire;

Phlegmon capsulaire;

Ostéo-arthrite;

Arthrite avec fusées purulentes extra-articulaires.

Nous avons vu que ce sont les arthrites du premier groupe, sans participation nette des parties molles péri-articulaires qui sont susceptibles de guérir par la seule ponction.

Nous nous sommes déjà expliqués sur ce point et n'y reviendrons pas.

Remarquons cependant que dans la hiérarchisation des indications, l'aspect de la région malade, la gravité de l'atteinte de l'état général constituent le facteur principal.

Cependant, toutes les fois que l'importance de ces phénomènes ne paraîtra pas devoir imposer une intervention d'extrême urgence, on devra tenir compte d'un dernier groupe d'indications :

Indications tirées de l'évolution : Surveiller attentivement le malade après la première ponction qui est en même temps exploratrice et évacuatrice, diagnostique et thérapeutique. Pendant que le laboratoire identifie le germe on dispose le plus souvent de 24 heures d'attente.

Si une défervescence favorable, une atténuation nette des symptômes locaux se dessine on renouvellera la ponction au besoin; on se tiendra toujours prêt à intervenir de manière à ne pas perdre de temps.

L'essentiel est de surveiller attentivement le malade, de ne pas se contenter systématiquement d'une ponction. Celle-ci peut être suffisante, mais elle peut être insuffisante. En un mot, ni la ponction, ni l'arthrotomie ne doivent être systématiques. Le traitement d'une arthrite ne doit pas être

une affaire d'école, mais l'application de moyens proportionnés à la gravité de la maladie.

Contre-indication: Il faut savoir parfois amputer pour sauver la vie du malade (HUET et de FOURMESTRAUX).

D'emblée l'importance de l'atteinte de l'état général, de la septicémie, des désordres locaux peuvent acculer le chirurgien à cette thérapeutique extrême.

C'est plus souvent secondairement que se pose la question de ce sacrifice radical.

Une thérapeutique trop anodine en peut être la cause.

C'est probablement la crainte de devoir amputer parce qu'on se sera trop longtemps borné à ponctionner une arthrite qui impose cette attitude paradoxale, au chirurgien qui lui doit le plus de succès, de se poser en adversaire de la méthode.

« Ne pas être en retard d'une opération. »

Ne pas ponctionner quand il faudrait ouvrir largement; ne pas ouvrir quand il faudrait récéquer; ne pas réséquer quand il faudrait amputer: voilà la seule contre-indication de la ponction.

Lorsque les lésions ont dépassé la synoviale, soit parce que d'emblée l'infection est totale, soit parce qu'on voit le malade trop tardivement, lorsque les parties molles péri-articulaires sont œdématisées, lorsque les os sont malades, lorsque le pus fuse à distance, lorsque l'état général est très infecté, la ponction est inefficace et se borner à ponctionner serait dangereux.

Lorsque après avoir ponctionné une première fois un cas qui semblait favorable, dont la physionomie clinique évoquait l'idée d'un empyème et non d'un phlegmon pan-articulaire, on n'obtient pas, très rapidement, une défervescence nette, une amélioration locale caractérisée par la diminution de la douleur et des signes inflammatoires locaux il faut faire plus.

La ponction d'une arthrite aiguë doit être suivie d'une « expectation armée », d'une surveillance attentive.

Ainsi pourra-t-on obtenir par ce moyen simple de belles guérisons sans faire courir au malade le risque d'un désastre,

CONCLUSIONS

1° Essayée depuis longtemps dans le traitement des arthrites aiguës la méthode thérapeutique des ponctions a donné de très beaux succès, nous en rapportons deux cas.

2° Cette méthode est applicable dans toutes les localisations elle constitue d'ailleurs un temps essentiel du diagnostic avant celui du traitement.

3° Les indications doivent en être bien pesées. Elles sont tirées :

a) Au premier chef, de la forme anatomo-clinique de l'arthrite, l'empyème articulaire, avec atteinte peu grave de l'état général, elle est contre-indiquée dans les phlegmons pan-articulaires ou lorsqu'il existe des lésions des extrémités osseuses;

b) De la forme étiologique: la ponction est seule indiquée lorsqu'il existe un épanchement réactionnel aseptique post-traumatique, ou un épanchement puriforme aseptique.

Par contre, la présence de germes virulents comme le streptocoque ou le staphylocoque ne constitue pas une contre-indication formelle;

c) De l'âge: les arthrites aiguës chez les nourrissons peuvent parfois guérir par ce moyen simple; ceci constitue une indication relative.

4° Les injections associées intra-articulaires, de substan-

ces chimiques ne paraissent pas augmenter beaucoup l'efficacité thérapeutique des ponctions.

Les injections de substances spécifiques, sérum de VINCENT, bactériophage, méritent d'être employées lorsque l'identification du germe par le laboratoire en montre la possibilité. Dans l'interprétation de leurs résultats, on n'oubliera pas que la ponction seule déclenche un mécanisme physio-pathologique suffisant à lui seul pour assurer parfois la guérison.

5° Lorsqu'on a ponctionné une arthrite aiguë le malade doit être l'objet d'une surveillance très attentive, l'état général et l'état local seront fréquemment revus. On évitera ainsi une temporisation trop prolongée, néfaste si la ponction reste insuffisante.

On se tiendra prêt à intervenir plus largement si l'état s'aggrave, à reponctionner seulement si l'épanchement se reproduit lentement.

6° Sous cette réserve le traitement des arthrites aiguës par la ponction ne constitue pas une « méthode dangereuse à répandre ». Elle exige seulement du bon sens et un bon examen clinique quand on l'entreprend, une surveillance *chirurgicale* attentive quand on la poursuit.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pas établi de données bibliographiques, nous renvoyons à celles qui font suite au rapport de HUET et de FOURMESTRAUX, trop récentes pour que les nôtres fussent autre chose qu'une vaine compilation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« Contribution à l'étude de la ponction dans le traitement des arthrites aiguës suppurées »,

par M. ZILBER

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 25 février 1935.

Le Professeur,
ETIENNE.

Montpellier, le 27 février 1935.

Le Doyen,
EUIZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 27 février 1935.

Le Recteur,
TAILLIART.

